

障害者医療問題全国ネットワーク

入会申込書

申込日： 年 月 日

会員種別： あてはまるものに をつけてください

正会員 個人 ・ 団体（加入口数_____口）

賛助会員 個人 ・ 団体

ふりがな

団体名 _____

ふりがな

担当者名 _____

ふりがな

氏名 _____

住所 〒

電話番号 _____

F A X 番号 _____

E - m a i l _____